

**Statut de la parole et de la communication à l'hôpital
A propos d'une recherche ethnographique sur la psychiatrie d'urgence**

Dans la mesure où le registre du rapport médical à la santé se modifie, où cette sorte de pouvoir généralisé qu'est le pouvoir de la science, donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat, nous voyons se dessiner l'originalité d'une dimension que j'appelle la demande. C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale.

Jacques Lacan, in *Conférence et débat au Collège de médecine de la Salpêtrière*, 1966

Introduction

Alors que le recours massif aux urgences de l'hôpital est un phénomène tout à fait contemporain, Jacques Lacan (1966), réfléchissant sur les rapports entre psychanalyse et médecine¹, s'interrogeait déjà sur les conséquences d'une médecine trop technicienne et tournée, de manière parfois scientifique, sur son propre savoir au détriment de ce qui la constitue proprement comme médecine, c'est-à-dire de la *relation* thérapeutique qui fait le cœur de la clinique.

Les écrits sont nombreux aujourd'hui, venant de philosophes², anthropologues³ et sociologues⁴, qui tentent de montrer à quel point le soin, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui à l'hôpital selon des exigences de rentabilité, tend à désubjectiver les patients en les réduisant à un symptôme calibrable univoque plutôt que de replacer la souffrance du patient dans une histoire de vie globale qui tendrait à y mettre du sens et donc à l'apaiser.

De ce point de vue, les urgences hospitalières sont un terrain d'étude particulièrement intéressant en ce qu'elles donnent à voir une tension entre deux logiques de la médecine, incarnées, aux urgences, dans deux logiques de l'accueil de la détresse. Ces logiques, se référant à l'accueil proposé par les médecins somaticiens ou par les médecins psychiatres, ne sont pas à mettre en totale contradiction car chacune possède son efficacité propre. C'est davantage sur le plan de la prise en compte de la parole du sujet dans le processus thérapeutique que nous voudrions les distinguer pour en tirer quelques conclusions sur la prise en charge du malheur à l'hôpital aujourd'hui.

Cet article rend compte de l'interprétation de quelques résultats d'une recherche de type ethnographique, par observation quasi-participante, menée dans un service d'urgences médicales et psychiatriques⁵ d'un grand hôpital lyonnais. Les observations, qui ont donné lieu à la rédaction d'un journal ethnographique et de vignettes cliniques, ont été menées en

¹ Freud aussi en appelait dans *La technique psychanalytique* à une interrogation de la part des médecins sur ce que signifiait la relation thérapeutique : « Les médecins [ne peuvent] se passer de la psychothérapie pour la simple raison que l'autre intéressé, le patient, n'a nullement l'intention d'y renoncer » (p.10)

² Notamment Guillaume Le Blanc (2006, 2007a, 2007b)

³ Notamment David Le Breton (2003)

⁴ Notamment Augé & Herzlich (1986) ou Danet (2006, 2007)

⁵ Ce qui signifie que les urgences dites « chirurgicales » ne sont pas reçues dans ce service.

compagnie de l'équipe de psychiatrie intervenant dans le service⁶. L'enquête de terrain a eu lieu de fin 2006 à fin 2008 et représente environ 150 heures de présence.

L'interrogation sur l'accueil d'urgence à l'hôpital ne concerne pas seulement le champ médical mais pose aussi des questions politiques pour une série de raisons ayant trait au financement de la santé, certes, car les services d'urgence sont grands consommateurs de moyens, mais aussi quant à ce que les formes de détresse adressées aux urgences viennent interroger de la souffrance en société. En effet, la souffrance présente aux urgences est en grande partie une souffrance psychique, psychosociale voire simplement sociale.

Ainsi, en termes de chiffres et de pathologies présentées aux urgences, François Danet (2006, 2007) indique que si les services d'urgences avaient été créés pour accueillir des pathologies aiguës ou graves⁷ nécessitant des soins intensifs et de réanimation, seulement 2% des situations cliniques correspondent à cette offre de soin hypertechnicisée.

En fait, les patients présentent des pathologies intriquées qui concernent leur corps, certes, mais vont souvent au-delà, en témoignant de ruptures sur le plan du psychisme et du lien social.

Autrement dit, les urgences sont le lieu d'une attente spécifique des patients qui cherchent à reconstruire une médiation précaire ou perdue entre eux (leur singularité) et le collectif. Or, la médiation est une affaire de communication⁸.

Dans cette optique, cet article vise à se demander dans quelle mesure l'accueil médical d'urgence à l'hôpital trouve son efficacité et sa pertinence dans la mise en œuvre de processus de communication qui, notamment, donnent un statut spécifique (et variable) à la parole du patient.

L'hypothèse répondant à cette problématique est donc qu'il existe deux logiques (somatique, psychiatrique) d'accueil différenciées aux urgences de l'hôpital qui intègrent différemment la parole du patient.

Le corolaire de cette hypothèse est que les événements malheureux reçus et traités à l'hôpital ne peuvent être seulement accueillis par le savoir scientifique médical, mais doivent aussi l'être dans le champ du symbole et du sens, ce qui implique de porter son attention sur les faits de langage et de communication qui s'y jouent. C'est donc envisager le soin dans la multiplicité de ses dimensions, c'est-à-dire sans oublier sa dimension *relationnelle*.

Pour éclaircir cela, le parcours de ce texte suivra deux étapes illustrées de fragments cliniques relatifs à un patient rencontré lors de nos observations, Monsieur A.

Dans un premier temps, il faut s'arrêter sur le fait que les urgences médicales et psychiatriques de l'hôpital accueillent une détresse « ordinaire ». La discussion de la définition de ce dernier terme sera l'occasion de problématiser la demande des patients autour de la notion de « reste » ou de « résidu » et ainsi de comprendre les logiques d'accueil différenciées.

Cela amènera à dégager plus spécifiquement en quoi consiste l'accueil de psychiatrie qui prend en compte, à travers différents lieux de communication, la parole du patient grâce à

⁶ Les observations concernent essentiellement les entretiens cliniques entre les psychiatres et les patients, mais aussi plus généralement toute la vie du service (échanges avec les autres médecins, infirmiers, observations des patients en attente de prise en charge, etc.)

⁷ Les services d'urgences furent au départ créés pour accueillir les accidentés de la route et les malaises cardiaques

⁸ Nous nous référons ici aux travaux de B. Lamizet, notamment *Les lieux de la communication* (1992), qui définissent la médiation comme l'instance qui assure l'articulation symbolique entre les désirs de la subjectivité et les contraintes de la sociabilité. C'est dans l'activité de communication, où je fais l'expérience subjective de l'énonciation tout en partageant des signes avec l'autre, que je fais et construis l'expérience de la médiation.

l'outil que constitue la relation thérapeutique. Cette *parole*, à laquelle l'hôpital donne un statut (en la reconnaissant) lors de l'accueil d'urgence psychiatrique, permet au patient de restituer sa souffrance dans la globalité de sa vie psychique, subjective et sociale. Diverses contraintes propres aux services d'urgence rendent plus ou moins réalisable ce travail.

L'accueil d'une détresse « ordinaire »

Qualifier « d'ordinaire » la détresse reçue par les services d'urgence, ce n'est pas, justement, la disqualifier. Ce terme, aussi bien utilisé dans le sens commun que conceptualisé par un auteur comme Guillaume Le Blanc permet de rendre compte à la fois de la demande des patients et de l'accueil de la détresse aux urgences de l'hôpital.

Le sens le plus commun du mot « ordinaire » renvoie à la désignation d'un objet ou d'un fait qui est « conforme à l'ordre normal des choses », qui n'a « rien d'exceptionnel »⁹.

On peut dire, de ce premier point de vue, que les urgences hospitalières reçoivent une détresse ordinaire, et peut-être « trop » ordinaire par rapport à ce pour quoi elles avaient été créées initialement. C'est évidemment du côté des médecins, notamment des somaticiens (urgentistes généralistes), que cette détresse est ordinaire mais sûrement pas du point de vue des patients ou de leurs accompagnants pour qui le recours aux urgences fait sans doute toujours événement, en étant le signe de l'irruption d'un réel menaçant dans la vie biologique, psychique ou sociale d'un sujet.

Par ailleurs, les chiffres sur les modalités de recours donnés en introduction indiquent clairement que la majorité des recours est « ordinaire » car ne nécessitant pas d'hospitalisation. Ils concernent des interventions de médecine générale classique¹⁰ (affections bénignes, grand âge, précarité sociale, crise psychique, détresse psychosociale).

En outre, ces patients présentent la particularité de porter des symptômes pas assez caractérisés ni caractérisables dans des nosologies aptes à satisfaire les opérations de tri et d'orientation des patients vers les services de spécialité d'aval de l'hôpital. En un mot, et plus largement contextualisé dans la logique hospitalière actuelle qui cherche à réduire le coût des soins et à en augmenter la productivité, ces patients présentent le « défaut » de ne pas pouvoir être réduits à un seul symptôme, traitable de manière « rentable »¹¹, par une spécialité médicale. Cette logique, qui s'observe particulièrement aux urgences, est emblématique du fonctionnement hospitalier en général¹².

Ces patients constituent donc un reste, un résidu de la médecine scientifique, spécialisée, segmentée, alors que c'est pourtant le fait de la « vie ordinaire » qu'un sujet ne puisse pas être réduit à un symptôme, tout simplement parce que le sujet n'est pas un amas d'organes « tout fait » pour les exigences de la médecine.

La logique d'accueil de la médecine somatique aux urgences est ainsi mal à l'aise avec cette souffrance trop ordinaire qui se formule, paradoxalement, de façon trop complexe. Il y a donc, au fond, un manque de reconnaissance de la *parole* du patient qui ne trouve pas à se faire entendre tant elle produit un dire insaisissable, métaphorique ou métonymique¹³ d'une

⁹ Définitions tirées du *Petit Robert*

¹⁰ Au total, toujours selon Danet, seulement 8% de pathologies médicales sont à hospitaliser, le reste fait l'objet de simples consultations.

¹¹ Car à une pathologie correspond un type de traitement (des « actes ») et un type de tarification. Le ratio entre le coût du soin et le temps de séjour du patient permet d'évaluer la productivité du soin et de prévoir les coûts de santé et ainsi d'allouer les fonds publics de manière plus optimale.

¹² Danet, 2006

¹³ Or, le propre de la métaphore et de la métonymie, c'est qu'elles ne sont pas réductibles, renvoyant toujours à d'autres signifiants en mesure de représenter le sujet. « *Le signifiant représente le sujet mais pour un autre*

détresse globale, adressée à l'institution, qui concerne le corps, la subjectivité mais qui interpelle aussi le collectif.

Fragment clinique : La première parole de Monsieur A : « *trouver une maison* ».

M.A fait précisément partie de ces patients au profil et au dire insaisissables par la médecine urgentiste. Amené en état d'ébriété et de forte agitation par les pompiers durant la nuit, M.A est contenu à son lit dans un box des urgences le temps de dégriser. L'examen somatique montre qu'il ne présente aucune pathologie à hospitaliser d'urgence. Au matin, il est accueilli par le psychiatre de service qui fait lever la contention et recueille les premières paroles du patient. Visiblement dans une problématique d'errance, M.A indique qu'il a besoin d'aide pour « trouver une maison ». A cette demande opératoire et décalée par rapport à l'offre hospitalière mais qui est le signe d'une détresse sociale, s'ajoute un vécu d'angoisse suite au récent décès de la mère de M.A. Cet événement est celui par lequel le patient explique son état d'alcoolisation de la veille. Dans les propos inauguraux de M.A au psychiatre, quelque chose d'irréductible s'exprime, une détresse à plusieurs dimensions (psychique, sociale) qui sera prise en compte, on le verra plus loin, au sein de différents lieux de communication.

Ainsi, les urgences accueillent les aléas de la vie ordinaire. Autrement dit, elles n'accueillent pas un homme « normal » (tout prêt pour les normes de la médecine scientifique et rentable), mais un homme ordinaire, c'est-à-dire un sujet global (singulier et social) fait de corps, de désir et de symbole¹⁴. Nous reprenons ici la distinction entre homme normal et homme ordinaire développée par Le Blanc¹⁵ car elle nous semble tout à fait pertinente pour décrire à la fois la population et la demande aux urgences.

L'auteur montre comment la vie ordinaire peut basculer dans une vie précaire, précarisée. C'est cette forme de basculement insupportable que les patients des urgences viennent présenter à l'institution hospitalière. A partir de l'analyse de populations marginalisées, Le Blanc constate que la précarisation consiste dans l'impossibilité pour le sujet de jouer avec la norme instituée par les logiques sociales¹⁶. Mais la précarisation n'est jamais que sociale car elle concerne des sujets « sans-voix », c'est-à-dire sans possibilité de prendre la parole pour se définir dans l'espace de la sociabilité. Or, quand la parole est affectée, il y a deux conséquences pour le sujet : une invisibilité sociale et une impossibilité de se saisir soi-même dans une identité propre. Le Blanc (2007a) indique que : « *la prise de parole des précaires est rongée par leur invisibilité sociale. (...) L'expérience de la précarité, qui est, dans le même moment, une précarisation de l'expérience, laisse émerger un pouvoir de parler fragilisé et marginalisé dont l'instabilité permet de revenir sur les processus de perte engendrés par nos sociétés modernes. Ces processus de perte touchent la parole elle-même* ». Il nous semble que les urgences, particulièrement psychiatriques, reçoivent ce « pouvoir de parler marginalisé » en proposant un dispositif spécifique, l'entretien de psychiatrie, qui permet de faire naître une parole à double destination puisqu'elle se déploie simultanément dans l'espace public (l'hôpital) et vers un autre sujet (le psychiatre). Le recours aux urgences se caractérise par une attente d'un retour à la « vie ordinaire » où une épaisseur subjective peut retrouver sa place dans le nécessaire attachement aux normes.

signifiant » (Lacan, 1973). La psychanalyse a bien montré comment le désir du sujet avançait de façon métonymique dans la parole. C'est de la reconnaissance de cette parole, et donc de ce qui les constitue en propre comme sujet, dont les patients de l'urgence sont en attente.

¹⁴ Freud a montré combien cette combinaison était difficile à assumer pour l'homme sans « ratés » qui sont à la fois symptômes et manifestations quotidiennes (« ordinaires », pourrait-on dire) de la vie désirante du sujet (cf. *Psychopathologie de la vie quotidienne*).

¹⁵ Voir Le Blanc (2007a et 2007b)

¹⁶ C'est-à-dire oublier que la norme accepte des écarts et vouloir la réaliser toute entière selon des injonctions sociales diverses (performance, par ex. Voir sur ce point A. Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*).

La spécificité de l'accueil de psychiatrie : investissement de la relation thérapeutique et reconnaissance de la parole du patient

Notre propos ici sera de dire que les psychiatres qui interviennent en « 2^e ligne » aux urgences¹⁷ de l'hôpital acceptent de recevoir à la fois la part réelle (« ça fait mal ») et la part symbolique du symptôme (« ça signifie quelque chose »). En cela, ils reçoivent le résidu des urgences sous un double point de vue. Résidu en ce qu'il y a chez le patient quelque chose d'ininterprétable pour la médecine somatique scientifique ; résidu en ce que le reste qualifie proprement la part réelle du sujet, c'est-à-dire son désir qui ne se satisfait pas du regard médical objectivant et qui ne peut trouver qu'à se représenter dans une *demande*, c'est-à-dire dans la *relation* thérapeutique. En effet, la demande, dans le champ de la psychanalyse, peut se définir comme métonymie du désir¹⁸, c'est-à-dire comme le passage du désir à l'ordre symbolique en tant que ce désir est obligé d'en passer par l'autre (et donc par le code) pour se faire reconnaître. La demande est métonymie du désir car elle signifie (elle connote) le désir mais de façon incomplète (produisant donc un reste). La relation thérapeutique offerte par les psychiatres autorise la mise en œuvre de ce mécanisme où la parole singulière demande à se faire reconnaître à la fois par l'Autre institutionnel et l'autre intersubjectif qu'incarne le psychiatre en une même figure. En somme, l'accueil de psychiatrie institue une médiation et c'est là que réside sa dimension soignante aux urgences.

Nous tirons plusieurs observations de cette manière de concevoir le recours à l'institution en tant qu'il est articulé au désir et à la parole.

On peut déjà s'apercevoir comment, dès lors qu'il privilégie la relation thérapeutique par rapport au savoir et au regard médical, l'accueil de psychiatrie institue des *lieux de communication* spécifiques.

Certains ont pour fonction propre de reconnaître et de donner un statut à la parole du patient. Parmi eux, l'entretien psychiatrique est le plus important, il privilégie la relation intersubjective, il est un lieu de « mise en voix des vies ordinaires »¹⁹. Ici, le patient est invité, par le psychiatre, à rendre compte de l'événement qui l'a amené aux urgences. Une scène s'institue, dans l'espace de la relation thérapeutique, où le patient fait appel à une série de fragments de sa vie (psychique, familiale, sociale) pour expliquer sa détresse et, le cas échéant, le geste critique qui est survenu (tentative de suicide, alcoolisation, violence). Tandis qu'à travers le discours du patient le psychiatre évalue la gravité de la crise, il ponctue son récit en lui donnant des signes de reconnaissance de sa souffrance. Parallèlement, le psychiatre interroge le patient sur deux plans : sur son entourage et sur son propre discours, ces deux éléments servant à amorcer le suivi thérapeutique dans ses deux dimensions essentielles (le lieu de soin (avec une éventuelle prise en charge sociale) et les coordonnées minimales de la pathologie dont le discours laisse des traces hypothétiques mais qui peuvent s'épaissir au gré des recours, parfois multiples, aux urgences).

Ces moments d'entretien, où il ne se passe rien du point de vue de la productivité du soin (puisque'il n'y a pas d'acte spécifique si ce n'est un échange d'information et l'instauration d'une communication – c'est du symbolique), sont d'une importance capitale dans la mesure où le soin consiste dans la mise en place d'une relation. Cette relation possède

¹⁷ C'est-à-dire toujours après l'examen somatique sauf dans les cas de recours pour trouble à l'ordre public

¹⁸ Ceci est développé chez Lacan (1957-1958). Il nous semble que la psychanalyse lacanienne est en mesure d'apporter des concepts pertinents pour saisir ce qui se joue dans la figure du recours, en ce qu'elle signifie la reconnaissance d'une parole par un autre.

¹⁹ Le Blanc (2007a, p.58) dit cela à propos de la psychanalyse, nous le transposons à notre terrain.

son efficacité clinique propre en ce que la douleur et la souffrance sont aussi une affaire de sens. Pouvoir décrire et envelopper d'une gangue symbolique sa souffrance, c'est déjà l'apaiser (Augé & Herzlich, 1986 ; Le Breton, 2003). L'entretien de psychiatrie est rappel, pour le sujet en détresse, de ce qu'est l'activité vitale de symbolisation pour l'homme : (re)donner, dans l'ordre du symbole, de la valeur à ce qu'est la relation aux autres et ce qu'est son propre corps²⁰.

D'autres lieux se structurent autour des récits et informations à propos du patient. On pourrait dire que dans ces espaces spécifiques de communication, la parole du patient est interprétée par l'institution. Une série de discours et de récits autour du patient se croisent et se structurent notamment grâce à un outil : le dossier médical d'urgence (DMU).

Le DMU est une interface informatique où chaque acteur du soin rend compte de sa rencontre avec le patient. Alors qu'on peut voir le DMU comme un outil de comptabilisation des actes médicaux (ce qu'il est), il se révèle aussi être un précieux lieu d'échange de discours autour du patient.

Le DMU propose plusieurs entrées : description de l'identité du patient, diagnostic sous forme de cases à cocher et un espace de rédaction libre pour les observations diverses. Nous avons pu observer combien les psychiatres étaient insatisfaits devant cette interface dès lors qu'il fallait indiquer un diagnostic, catégorie qu'ils refoulaient véritablement²¹.

Il y a, nous semble-t-il, plusieurs raisons à ce « [refoulement](#) ». D'abord, il est compliqué de dresser un diagnostic psychiatrique dans le temps court de l'urgence. Ensuite, les patients qui relèvent de la psychiatrie aux urgences présentent des problématiques intriquées irréductibles à un item (cf. supra). Par ailleurs, si l'on admet que la clinique s'oriente vers une prise en compte de la parole, il serait paradoxal de la réduire à une case à cocher, ce qui reviendrait à tomber dans la logique de la médecine somatique. Du coup, les psychiatres investissent l'espace dédié aux observations libres pour décrire l'entretien clinique qui prend, très souvent, la forme d'un récit²².

Ces récits ont deux fonctions.

L'une est synchronique : ils viennent ajouter aux observations médicales et infirmières classiques des éléments de *dire* du patient (on y découvre la mise en sens subjective des symptômes et du recours à l'urgence).

L'autre est diachronique : un récit sur le patient est disponible pour l'hôpital qui s'en ressaisit à chaque nouveau passage du patient aux urgences. Autrement dit, quelque chose de la parole du patient perdure dans l'espace de l'hôpital. Dans cette mesure l'hôpital s'institue comme un espace de reconnaissance sociale de la souffrance.

Ce modèle constitue en quelque sorte un idéal, toujours partiellement réalisé²³, de la prise en charge psychiatrique. Dans la réalité, des contraintes propres aux services d'urgence rendent plus ou moins réalisable ce travail.

²⁰ Une détresse de ce type réfère à la fragilité de l'homme dès lors qu'il est plongé dans l'ordre symbolique (au stade du miroir, de manière originaire. Cf. Lacan (1966)).

²¹ Si l'on suit encore la psychanalyse lacanienne, le refoulement renvoie à l'énonciation impossible d'un signifiant. Or, c'est bien ce qui se passe pour les psychiatres urgentistes qui, même médecins, rechignent à utiliser ce mot de diagnostic qui renvoie à l'ambivalence de leur position aux urgences : ils sont médecins, et donc en demeure de dresser un diagnostic, tout en étant dans l'impossibilité de le faire tant l'urgence n'est pas un temps qui correspond à la clinique psychiatrique habituelle.

²² Souvent, le psychiatre retranscrit, avec un point de vue clinique, ce que *raconte* le patient. Ce récit contient un condensé de l'histoire de vie du patient (psychique *et* sociale) en regard de son recours.

²³ C'est néanmoins un horizon qui guide la pratique. En témoignent les explications consciencieuses toujours fournies à notre égard par les psychiatres sur le travail en train de se faire et sur la reconstitution de sa logique après-coup.

En effet certains facteurs amènent les psychiatres à privilégier :

- *soit la recherche d'information et la construction d'un récit sur le patient*

C'est le cas lors des périodes d'affluence dans le service (mesurée par le ratio personnel disponible/nombre de recours à un moment donné) qui réduisent mécaniquement le temps des examens et/ou quand les places d'hospitalisation sur place sont rares. Le psychiatre identifie la demande du patient pour l'interpréter puis la traduire dans des possibilités de parcours institutionnels. Le contact est privilégié avec les interlocuteurs extérieurs (famille, médecin généraliste, solutions en ambulatoire) au détriment de l'investissement de la clinique.

- *soit la communication intersubjective*

C'est le cas lors des périodes de faible affluence et de disponibilité en place d'hospitalisation dans le service. La relation thérapeutique est plus fortement investie, laissant une large place à l'expression du patient et à la mise en scène de sa souffrance, modèle de ce que sera la forme de la communication médecin/patient lors du suivi thérapeutique ultérieur.

Les psychiatres ont une tâche difficile car ils doivent à la fois créer une alliance thérapeutique qui ne se traduise pas, en même temps, en un attachement transférentiel trop important²⁴ dès lors que le patient sera amené à prendre en charge ses difficultés hors de l'hôpital.

Il s'agit bien pour les psychiatres d'instaurer une médiation, en reconnaissant une parole, pour indiquer au sujet que cette parole, arrivée aux urgences parce qu'elle était précarisée, a la possibilité de se faire entendre dans d'autres lieux de l'espace public. L'urgence psychiatrique réintroduit toujours la figure du tiers comme possibilité de réamorçage du lien aux autres chez un sujet où un réel a écrasé la subjectivité et a handicapé ses ressources symboliques²⁵.

Fragment clinique : La solution pour M.A : un morceau de papier et quelques inscriptions

Après sa douche et son petit-déjeuner, un nouvel entretien commence avec M.A. Il reformule sa demande d'être aidé pour trouver un logement, expliquant que le décès de sa mère le laisse seul, à la rue, sans savoir ni lire, ni écrire. Il développe alors un récit de vie chaotique. Gitan espagnol, M.A est rejeté par la communauté gitane catalane de Perpignan où il vit habituellement. Il explique qu'on lui a volé sa caravane et qu'il est hébergé de temps à autre par une amie qui le met dehors régulièrement. La suite de l'entretien montre que M.A est dans une problématique d'errance ancienne que le décès de sa mère vient de rendre insupportable. Le psychiatre indique qu'il ne peut répondre qu'à la détresse psychique de M.A (son angoisse, le geste d'alcoolisation), pas à ses problèmes d'ordre matériel. Il y aurait cependant une solution intermédiaire : l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Cette proposition fait bondir M.A qui, visiblement habitué des institutions, indique qu'il veut un toit mais qu'il ne veut pas être enfermé, car il n'est pas fou... Le psychiatre indique qu'il s'agirait d'une hospitalisation libre. M.A hésite et réfléchit. Il souhaite qu'on lui donne l'adresse de l'hôpital auquel il se rendra seul. Il décide alors de partir des urgences.

On retrouve M.A sur le seuil des urgences avec son baluchon : un sac plastique rempli de vêtements. Le psychiatre lui remet un morceau de papier où figure l'adresse de l'hôpital et chacun se dit au revoir. Le psychiatre ajoute qu'en cas d'angoisse, les urgences sont toujours ouvertes.

L'issue de la prise en charge de M.A n'était pas donnée d'avance. Cela sans doute parce qu'aucun protocole de soin n'a été mis en place, laissant au patient le loisir de décrire ce qui constituait à la fois les repères et les points de déséquilibre de sa vie. Une parole s'est déposée dans l'institution et y a été interprétée : la solution du petit papier répond au rapport

²⁴ Sinon cela aurait tendance à amplifier, parmi d'autres facteurs, les recours chroniques à l'urgence.

L'expression est paradoxale mais rend compte d'une réalité importante, notamment pour les services d'urgences des hôpitaux psychiatriques. Voir à ce propos notre travail (Thomas et al., 2006)

²⁵ Qui sont deux ordres : d'une part, pouvoir donner du sens à sa souffrance et, d'autre part, pouvoir rétablir un lien aux autres, retrouver une place dans le collectif, la sociabilité.

ambivalent de M.A à l'institution à qui il demande un toit tout en refusant d'y rester « enfermé ». Le papier indique que la société a reconnu la souffrance de M.A en lui montrant qu'il y a une solution pour lui quelque part dans l'espace public ; parallèlement, ce papier montre que le psychiatre a entendu le désir de M.A à qui il laisse le droit à l'errance et au vagabondage qui constituent des coordonnées essentielles de l'identité de ce patient²⁶.

Ces développements nous amènent à penser que l'urgence est un « signifiant flottant »²⁷, comme dirait Lévi-Strauss. Un signifiant chargé de signifié au gré des rencontres entre patients soignants. Par leur parole, les patients donnent un sens particulier à l'urgence, une charge de désir (« ce que je veux que l'autre entende »). Par leurs solutions, les psychiatres rendent compte de leur interprétation de la crise psychique, de la précarité sociale, et construisent ainsi une définition particulière de l'urgence, en fonction du sujet en détresse.

En somme, les urgences psychiatriques sont un lieu de l'espace public où les normes flottent et vacillent, sans quoi la détresse ne pourrait être accueillie.

Plus largement, aux urgences, la psychiatrie se comporte comme une poche de résistance à l'intérieur d'un hôpital évaluateur, rappelant que le symptôme est un symbole qui mérite d'être mis en sens à la fois par le collectif et par le sujet, comme tout symbole. La psychiatrie a donc une efficacité d'ordre symbolique qui complète les apports du soin fondé sur les avancées de la science médicale et biologique.

Au delà, on s'aperçoit que les urgences sont un espace de tensions qui rendent compte des tensions propres à l'accomplissement des missions de l'hôpital en ce qu'il doit arbitrer entre traitement ciblé et efficace de la maladie et accueil du malheur dans ses multiples dimensions.

Il y aurait sans doute une autre façon de conclure en décalant notre regard hors des lieux de l'hôpital, c'est-à-dire en s'interrogeant sur les moyens et dispositifs alternatifs que la société propose pour l'accueil de la détresse sociale et psychosociale, en dehors du cadre de l'urgence médicale, et en mesure de soulager les services hospitaliers dans l'accomplissement de leurs tâches spécifiques.

A titre d'exemple, à Lyon, il existe un fort maillage et un recours important à ces dispositifs d'accueil alternatifs (lieux d'accueil et d'écoute d'aide à la personne, antennes solidarité du CCAS, hébergements d'urgence, de réinsertion sociale, foyers, distribution de repas). Ces structures, variées et nombreuses, au moins une par arrondissement, et qui recouvrent la diversité des besoins des populations précaires²⁸, sont portées par l'Etat, la ville de Lyon et les diverses associations. Les rapports d'activité montrent une fréquentation en hausse et un taux de remplissage des solutions d'hébergement quasi-complet²⁹.

Cependant, malgré cette offre dense, le recours à l'hôpital reste massif.

Une nouvelle question émerge alors. Elle porterait moins sur la manière dont la psychiatrie répond, dans le cadre de l'urgence, à la détresse psychosociale en inventant des solutions inédites comme dans le cas de M.A, que sur une explication qui éclaircirait le fait que la gestion des événements malheureux est spontanément et parallèlement confiée au corps

²⁶ Sur la question du rapport particulier des clochards à l'institution voir Declerck P. (2003)

²⁷ Notion développée notamment dans « L'introduction à l'œuvre de Marcel Mauss », in Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, PUF, 1999.

²⁸ Que la ville de Lyon liste dans son guide de l'urgence sociale comme : « Se laver, se vêtir, se loger » et à quoi on pourrait ajouter être écouté pour ce qui concerne les lieux d'information, d'écoute et d'orientation.

²⁹ Les chiffres du CCAS de Lyon indiquent qu'en janvier 2009, la capacité d'accueil en termes d'hébergement et de secours est de 1402 places, occupées par 1359 personnes. La ville évalue à une soixantaine le nombre de personnes sans solution d'accueil et d'aide, notamment parce qu'elles les refusent pour la plupart.

médical comme institution susceptible de toujours pouvoir entendre – en tous cas, imaginée comme telle – une *parole* précarisée dans l'espace public.

BIBLIOGRAPHIE :

AUGE Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».

DANET, François. *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.

DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». Dans *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media.

DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris*. Plon, 2003. Coll. « Terre humaine ».

FREUD, Sigmund. *La technique psychanalytique*. Paris : Puf, 2005. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».

FREUD, Sigmund. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Petite Bibliothèque Payot, 1997.

LACAN, Jacques. « Conférence et débat du collège de médecine de la Salpêtrière ». In *Cahiers du Collège de médecine de la Salpêtrière*. 1966. Paris : Expansion scientifique française. Pages 761-774.

LACAN, Jacques. *Le séminaire*. Livre 5, *Les formations de l'inconscient* [1957-1958]. Seuil, 1998. Coll. « Champ freudien »

LACAN, Jacques. *Le séminaire*. Livre 11, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964]. Seuil, 1973. Coll. « Champ freudien ».

LAMIZET, Bernard. *Les lieux de la communication*. Liège : Mardaga, 1992. Coll. « Philosophie et langage ».

LE BLANC, Guillaume. « La vie psychique de la maladie ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 109-122.

LE BLANC, Guillaume. *Vies ordinaires, vies précaires*. Seuil, 2007. Coll. « La couleur des idées ».

LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère ».

LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité* [1990]. Paris : PUF, 2003. Coll. « Quadrige ».

THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.